

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N^o 306

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 20 juillet 1891, à 1 heure

Par PAUL BENOIT

Né à Metz (Alsace-Lorraine), le 6 mars 1866

Ex-interne de l'Hôtel-Dieu de Chartres

Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES APPENDICITES

Président : M. G. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. } MARC SÉE, professeur.
 } JALAGUIER, POIRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE N° 306

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 20 juillet 1891, à 1 heure

Par PAUL BENOIT

Né à Metz (Alsace-Lorraine), le 6 mars 1866

Ex-interne de l'Hôtel-Dieu de Chartres

Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES APPENDICITES

Président : M. G. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. } MARC SÉE, professeur.
JALAGUIER, POIRIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. RICHET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEZ	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETTÉTER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS A

Professeur agrégé
Chirurgien des hôpitaux

APPENDICES

A MON FRÈRE

A MES AMIS, A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR TUFFIER

Professeur agrégé
Chirurgien des hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAX

Professeur de médecine opératoire
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES APPENDICITES

PREFACE

Bien des travaux ont paru sur les conséquences inflammatoires qu'entraînent les lésions de l'appendice vermiculaire du cœcum. Dans ces dernières années les notions que l'on avait de la typhlite et de la pérityphlite ont été modifiées de fond en comble, grâce surtout aux auteurs américains.

Ce n'est pas une étude complète des appendicites que nous avons voulu entreprendre. Les remarquables thèses de Maurin, de Martinez, de Mariage, les excellents articles de Tuffier, de Ricard, de Berger, de Reclus, de Richelot, ont épuisé la question sur bien des points ; aussi avons-nous cru devoir nous borner à exposer le traitement de cette affection en discutant le plus complètement qu'il nous a été possible de le faire les indications et les contre-indications

de l'intervention sanglante, ce qui nous a amené à parler du diagnostic et des formes cliniques de l'appendicite.

Nous avons cru devoir parcourir avec le plus grand soin tous les travaux qui ont paru sur l'appendicite dans les publications étrangères ; nous avons surtout puisé abondamment dans les ouvrages américains : notre désir est que notre thèse retire quelque mérite de ce travail. Enfin nous avons soigné tout particulièrement la partie bibliographique.

Mais avant de commencer cette étude, qu'il nous soit permis d'exprimer à M. le Dr Tuffier, professeur agrégé, sous les auspices duquel nous l'avons entreprise, toute notre gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a donné les renseignements et les conseils dont nous avions besoin.

Nous remercions, pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée pendant le cours de notre internat à l'Hôtel-Dieu de Chartres, MM. Salmon et Maunoury, chirurgiens, et MM. Juteau et Lelong, médecins de cet hôpital.

Que M. le professeur Tillaux, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive les hommages de notre respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Cette thèse est consacrée avant tout à l'étude des divers traitements que l'on a institués contre l'appendicite, cependant pour faire comprendre les divergences qu'on y rencontre et les opinions contradictoires émises par les différents auteurs qui se sont occupés de la question, il est indispensable de dire quelques mots sur la situation anatomique exacte du cœcum et de son appendice vermiciforme.

Il convient aussi d'indiquer sommairement les principales formes de l'appendicite et leur diagnostic différentiel. Et en effet si l'on admet avec les anciens auteurs que le cœcum est sous-péritonéal, ou si l'on pense avec Trèves, Tuffier, etc., que cet organe est entouré de tous côtés par la séreuse abdominale, l'intervention sanglante devra être d'une façon bien différente. Et d'autre part, bien des praticiens soutiennent encore que l'appendicite guérit le plus souvent par le seul traitement médical ; bien que cette opinion soit manifestement exagérée, elle a un fond de vérité qui doit empêcher qu'on la rejette entièrement. Doit-on intervenir ? Quand faut-il intervenir ? Voici des questions d'un intérêt capital que seule une étude préalable des signes de l'appendicite, de sa marche et de ses différentes variétés permet de résoudre d'une

façon convenable. Mais nous ne l'entreprendrons que d'une façon tout à fait pratique en délaissant tout ce qui ne présente point une relation directe avec l'intervention sanglante dont la description constitue le but véritable du présent travail.

ANATOMIE

Le sujet que nous avons entrepris de traiter exige une connaissance complète des rapports du cœcum et de son appendice vermiculaire avec les organes du voisinage, et surtout avec la grande séreuse péritonéale; aussi nous semble-t-il indispensable d'exposer les faits dont Bardeleben en 1849, Luschka, Krause en 1861, donnaient déjà des descriptions conformes à la réalité, mais qui n'entrèrent dans le domaine classique qu'à la suite des travaux de Trèves à Londres (1885) et de M. Tuffier en France.

L'excellent mémoire de ce dernier auteur nous a beaucoup aidé dans la description que nous donnons plus loin des rapports du cœcum avec le péritoine; mais avant d'entrer en cette étude, qu'il nous soit permis de rappeler en quelques lignes la conformation extérieure et la situation de la partie initiale du gros intestin.

Le cœcum a la forme d'une large ampoule oblique en haut et en dehors, couchée sur le muscle psoas; son extrémité est en rapport avec le bord interne de ce muscle.

Continu en haut avec le côlon ascendant dont il est séparé extérieurement par une forte bandelette annulaire, intérieurement par les freins de la valvule de Bauhin, il est limité en haut par un plan transversal passant immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cœcale. C'est du

côté interne et postérieur de son extrémité arrondie que part l'appendice ; de la base de cet organe naissent les trois bandelettes du gros intestin.

Le plus souvent flexueux, l'appendice vermiculaire du cœcum présente beaucoup de variétés de situation et de direction. Situé quelquefois à la partie postérieure du cœcum, derrière le colon ascendant entre cet intestin et le rein, il se dirige en haut ; embrassant parfois en avant l'intestin grêle, on l'a vu se diriger en bas vers le détroit supérieur. Le plus souvent il s'enroule autour de l'extrémité terminale de l'iléon. Sa longueur varie entre 6 et 10 centimètres.

Le cœcum, disait-on, il y a peu de temps encore, est en rapport avec le péritoine, mais le feuillet séreux se borne à tapisser sa face antérieure et il n'y a pas de méso ; pour qu'il s'en forme un, il faut que le cœcum soit vide et rétracté, en dehors de ces conditions, la paroi postérieure répond directement au tissu cellulaire de la fosse iliaque. Les travaux que nous avons cités plus haut ont changé du tout au tout cette manière de voir.

« Le cœcum est partout recouvert de péritoine, la main peut en faire le tour, comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde. Sur nos 120 sujets examinés, 9 seulement avaient le tiers supérieur et postérieur du cœcum dépourvu de séreuse. Le mésentère, arrivé au niveau de l'angle iléo-cœcal, se dédouble pour entourer le cœcum comme il le fait pour l'intestin grêle ; son feuillet gauche passe de la face antérieure de l'iléon

sur la face antérieure de la partie initiale du gros intestin. Son feuillet droit suit le même trajet à la face postérieure et tous deux se rejoignent sur le bord externe de l'organe et sur son extrémité inférieure. Cette extrémité est libre et flotte dans l'abdomen ; on peut la soulever et voir ainsi exactement l'étendue de la surface intestinale recouverte par la séreuse ainsi que sa ligne de réflexion.»

Telle est la disposition constante du péritoine au niveau du cœcum et de son appendice.

Broca a constaté l'absence assez fréquente de la séreuse au niveau du tiers supérieur du cœcum. Quant aux adhérences de ce revêtement avec l'intestin, il est variable suivant les portions examinées : très mobile sur l'intestin, plus adhérent surtout à la partie inférieure du cœcum, le péritoine ne peut être détaché de l'appendice vermiculaire.

Séparé des organes voisins par le péritoine le cœcum est en rapport :

1° En avant avec la paroi abdominale à travers laquelle il peut être senti quand il est distendu par des gaz ou des matières fécales.

2° En arrière il repose, avons-nous dit, sur le muscle psoas et son extrémité est en rapport avec le bord interne de ce muscle ; il en est séparé par le *fascia iliaca* recouvert de tissu cellulaire lâche et extensible,

3° En dedans il est en rapport avec le bord interne du psoas qui le sépare de l'excavation, et sur un plan plus profond avec le nerf crural ; enfin suivant la courbure du détroit supérieur avec les vaisseaux iliaques.

SYMPTOMES ET FORMES CLINIQUES

Nous passerons rapidement en revue les symptômes de l'appendicite, car la plupart se confondent avec ceux de la typhlite et ne diffèrent guère des signes classiques de cette affection.

Mais avant d'aller plus loin, il est indispensable de s'entendre sur la signification à attribuer au mot pérityphlite.

Pour les uns, et c'est l'opinion ancienne, il faut comprendre par ce terme les inflammations du tissu cellulaire entourant le cœcum et ayant pour cause cette maladie si banale, la typhlite.

Les lésions siégeant sur le pourtour de l'appendice reconnaîtraient pour cause une appendicite ; ce seraient des péritonites appendiculaires.

D'autres auteurs appellent l'inflammation du tissu cellulaire péri-cœcal paratyphlite et réservent alors le nom de pérityphlite aux lésions intra-péritonéales localisées au voisinage du cœcum et de son appendice.

Or, la clinique démontre, et presque tous les auteurs sont d'accord sur ce point, qu'il est impossible de diagnostiquer l'une ou l'autre de ces variétés : nous appellerons donc avec M. Tuffier pérityphlite l'inflammation péri-cœcale ou péri-appendiculaire, lésions du tissu cellulaire ou de la séreuse péritonéale.

Les auteurs ont établi plusieurs classifications des appendicites; celle adoptée par M. Talamon est la suivante.

- 1° La colique appendiculaire.
- 2° L'appendicite simple.
- 3° L'appendicite subaiguë.
- 4° L'appendicite aiguë perforante.

La première de ces formes serait de beaucoup la plus fréquente; elle constituerait la phase médicale de l'affection; elle correspondrait à ce que l'on a appelé la typhlite à rechute; mais il s'en faut que la colique appendiculaire soit adoptée par tous les chirurgiens. Reclus la nie et d'autres auteurs la considèrent comme une forme rare.

Douleurs locales irradiées, paroxystiques, vomissements, état syncopal, symptômes d'étranglement herniaire, douleur fixe dans la fosse iliaque à deux ou trois travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, voilà le syndrome clinique de cette maladie.

Les deux formes suivantes ne diffèrent que par l'acuité plus ou moins grande des manifestations morbides, aussi les réunirons-nous en une seule description résumée de l'excellent travail de M. Ricard dans la *Gazette des hôpitaux*.

On peut dépister le mal avant une atteinte aiguë, et, dans bon nombre de cas, on signale, avant l'atteinte soudaine qui marque le moment de la perforation, des douleurs vives le plus souvent localisées au niveau du cœcum et de son appendice, quelquefois généralisées dans tout

l'abdomen, des vomissements, symptôme trop souvent attribué à des coliques hépatiques.

La palpation fait reconnaître au début, dans la fosse iliaque, une petite tumeur, du volume d'une amande, allongée, rénitente, mobile et sensible à la pression. Cette tuméfaction grossit bientôt et rapidement devient fixe, pâteuse, étalée. Autour de l'appendicite, il s'est produit de la péritonite adhésive, des néo-membranes se sont constituées, et pourtant à cette phase, la maladie peut encore se terminer par résolution.

Après une ou plusieurs crises éclate la perforation ; c'est d'habitude le deuxième ou le troisième jour après le début des accidents qu'elle survient.

Si nous étudions le mémoire de Roux (de Lausanne), nous voyons qu'il donne comme signe précieux du diagnostic de l'appendicite perforante, le mode du début qui est brusque, beaucoup plus encore que ne l'admet Eichorst pour la typhlite ; le mal, souvent comparé par les malades à un coup de fusil, éclate en pleine santé, à la moindre cause occasionnelle ; ou bien, après un malaise plus ou moins localisé et vague, le malade est pris de la même attaque par surprise, brutale, soudaine au moment où la perforation a lieu dans des adhérences très jeunes qui permettent le retentissement au loin sur la séreuse (douleurs, péritonisme,) si bien qu'on croirait du premier abord à la péritonite d'emblée. Plus rarement, les troubles prémonitoires sont de plus longue durée, les adhérences sont alors peut-être mieux orga-

nisées, l'appendice moins directement en rapport avec les anses de l'intestin grêle et peut être isolé : la perforation s'annonce sans fracas, par l'augmentation intense et prévue des maux de ventre accusés dans la fosse iliaque.

Nous avons maintenant deux cas à considérer, suivant qu'il existait ou non avant la perforation des adhérences ; c'est du reste de l'intensité de la péritonite que dépendent les diverses formes cliniques de l'appendicite perforatrice ; quelquefois elle se généralise d'emblée ; il n'y a pas d'adhérences autour du processus, où elles sont si faibles, qu'elles opposent une barrière insuffisante aux matières septiques ; l'inflammation envahit le ventre et le fracas de ces symptômes, fièvre, vomissements porracés, constipation, tympanisme, est tel que la douleur locale primitive et la tuméfaction iliaque passent inaperçues ; le point de départ est souvent méconnu, et, lorsque les cliniciens ignoraient encore la fréquence de l'appendicite, ils prononçaient souvent alors le mot péritonite idiopathique.

Le plus souvent, les adhérences déjà formées, lorsque l'appendice se rompt, opposent une barrière infranchissable aux matières septiques qui s'infiltrèrent au milieu d'elles et se collectent bientôt en un ou plusieurs abcès de volume variable : la péritonite est enkystée, et c'est la forme que l'on désigne sous le nom de pérityphlite suppurée et d'abcès de la fosse iliaque droite.

Quarante-huit heures après la perforation, rarement plus tard, on constatera l'envahissement et l'infiltration

des parois du cœcum ; ce signe important qui permet d'affirmer la marche envahissante de l'appendicite est ainsi décrit par Roux : « Outre la masse infiltrée autour de l'abcès lui-même, j'ai trouvé, dans mes observations comme dans plusieurs autopsies, la paroi du cœcum épaissie, infiltrée plus ou moins haut vers le côlon ascendant, alors que l'intestin était vide et que le pus provenait de l'appendice.

La percussion et la palpation exacte de la région cœcale et lombaire permettent de constater cette infiltration du cœcum qui est sans valeur, si l'intestin est rempli de matières, mais qui me paraît suffisante pour prouver le voisinage d'un foyer purulent lorsqu'elle se développe, le cœcum étant vide ou qu'elle persiste après évacuation de celui-ci.

Il est inutile, du reste, d'attendre que cette infiltration remonte bien haut sur le côlon ; dès qu'elle apparaît sur le cœcum vide, cela suffit. Elle est facile à constater : qu'on se représente le cœcum fait d'un carton très mou et trempé dans l'eau chaude ; c'est le sentiment de résistance qu'offrent ses parois. »

A côté de ce signe d'une réelle valeur, on doit noter la douleur qui n'a du reste rien de particulier, sinon sa tendance à s'irradier vers la cuisse, la vessie ; la fièvre ne saurait être considérée comme un élément spécial du diagnostic : elle peut manquer complètement (voir Obs. IV). On constatera la rigidité des muscles de la paroi abdominale, la douleur à la flexion de la cuisse, les vo-

misements, la constipation, symptômes communs à un grand nombre de maladies de l'abdomen.

Quant à l'œdème des membres inférieurs, et l'infiltration des téguments, on les rencontre à une période éloignée du début des accidents, quand l'intervention a été différée.

Il serait d'un grand intérêt de savoir dès le début à quelle forme l'on a affaire. Malheureusement les nombreuses observations que nous avons lues dans les auteurs et les cas dont nous avons nous-même été témoin nous ont enlevé toute illusion à cet égard. Il n'y a qu'une forme où le diagnostic s'impose, pour ainsi dire; c'est la forme foudroyante de la péritonite généralisée où le malade présente dès le début des symptômes qui ressemblent beaucoup à ceux que fait éprouver le choc d'un violent traumatisme. Il y a bien une forme subaiguë, bénigne, où les souffrances du malade sont presque nulles, la fièvre peu élevée où le patient se tourne librement dans son lit, où la constipation est même peu marquée; mais en sera-t-il toujours ainsi? C'est ce que nous ne voudrions pas affirmer, nous rappelant bien des cas qui paraissaient aussi légers se sont terminés d'une façon lamentable.

Les nombreuses laparotomies précoces entreprises en ces derniers temps, ont appris que l'appendice vermiculaire peut être rempli de pus, aminci, surdistendu et parfois même sur le point de se gangréner, sans que cet état local grave réveille la réaction à laquelle *a priori* on devait s'attendre.

Le début brusque dans la plupart des cas est de règle dans les diverses formes de l'appendicite ; mêmes symptômes fonctionnels, vomissements, météorisme, qui sont simplement l'indice d'une propagation du mal à la grande séreuse péritonéale. L'appendicite aiguë et l'appendicite perforante ne sauraient donc être distinguées au début : la fièvre existe dans les deux cas ; de même elle peut manquer dans des faits d'appendicite perforante. Ce n'est qu'au bout de quelques jours que l'on peut prétendre poser un diagnostic ferme. Encore cette détermination demandera-t-elle un chirurgien expérimenté ; le signe de Roux qui est le plus précoce des symptômes de la perforation de l'appendice puisqu'il se manifeste 48 heures après le début des accidents, sera bien souvent difficile à constater soit à cause de la sensibilité excessive des parois abdominales à la pression, ce qui demandera souvent l'emploi préalable de la chloroformisation, soit par suite d'un ballonnement considérable du ventre qui empêchera l'exploration complète.

Bref, il faudra souvent s'en tenir à la marche des accidents, et l'on conclura plus d'une fois à la présence ou à l'absence du pus selon la réaction sur l'état général du malade.

HISTORIQUE

Avant de décrire la conduite à tenir dans les cas d'appendicite, nous croyons devoir jeter un coup d'œil rétrospectif sur les derniers travaux parus sur la question qui nous occupe.

Dans ces dernières années, une réaction commença à se produire, et dont les origines paraissent multiples. Il y eut d'abord l'audace qu'inspiraient aux chirurgiens les progrès incessants de leur art. Le chloroforme, l'antisepsie, le perfectionnement de l'arsenal chirurgical et des méthodes opératoires ayant permis dans bien des cas d'intervenir dans les maladies de l'abdomen avec la plus grande efficacité, on n'eut plus l'horreur instinctive qu'avaient les anciens praticiens pour l'ouverture de la cavité abdominale, et on se demanda s'il ne serait pas bon d'intervenir habilement dans les cas de typhlite et de pérityphlite pour empêcher la formation de ces fusées purulentes et de ces péritonites généralisées dont les conséquences sont souvent si fâcheuses. D'autre part, les progrès de l'anatomie pathologique permirent d'entrevoir mieux la véritable origine et les modalités cliniques de ce qu'on appelait jusqu'ici la pérityphlite. La fréquence de cette affection et l'importance énorme de l'appendicite furent mises en pleine lumière, non pas seulement bientôt par

l'exploration sur le cadavre, mais encore grâce à ces laparotomies exploratrices dont l'usage commençait à se généraliser en Amérique. En 1886, une révolution complète se fit dans les idées des chirurgiens des Etats-Unis grâce au mémoire lu à cette époque devant l'association des médecins américains par Reginald Fitz de Boston. Une bonne partie des nuages qui entouraient la question des inflammations cœcales furent dès lors dissipés, ainsi que le dit Mac Burney.

La fameuse discussion qui eut lieu à la Société médicale d'Angleterre en 1883 et où Mohammed se prononça énergiquement en faveur de l'intervention hâtive, les travaux de Mykulicz, de Schüller et de Gerster en Allemagne, de Roux en Suisse, les articles bien connus de plusieurs chirurgiens éminents de l'Ecole de Paris, notamment de Reclus, de Tuffier, les thèses de Martinez, de Mariage, montrèrent que les chirurgiens de l'ancien continent entraient résolument aussi dans une voie nouvelle.

Notre but n'est pas de faire une analyse complète de tous les travaux où se trouvent décrits les procédés opératoires nouveaux mis en œuvre, mais de faire une analyse sérieuse de ceux qui paraissent avoir la valeur la plus grande, et de tirer ensuite de cette étude les conclusions de ce qu'il nous paraît légitime d'en extraire.

Stimson distingue deux cas différents, celui où il faut ouvrir le péritoine et celui où il s'agit d'évacuer un abcès extra-péritonéal.

Dans le premier cas rentrent les opérations faites dans

l'intervalle de deux attaques d'appendicite, les laparotomies précoces, enfin les cas de péritonite généralisée, qui surviennent quand les adhérences n'ont point limité les lésions.

Premier groupe. — Il n'est pas toujours facile de reconnaître la situation exacte et les conditions dans lesquelles se trouve l'appendice vermiculaire, l'absence ou la présence du pus. On donnera ici le plan à suivre dans les opérations les plus simples et l'on indiquera ensuite les divergences opératoires que ces circonstances nécessitent. On commencera donc par les cas où l'inflammation a disparu ou ceux où il s'agit d'une laparotomie précoce ; on indiquera ensuite les mesures à prendre quand il y a du pus en quantité modérée ou au contraire considérable, quand l'abcès occupe une situation exceptionnelle.

Si le temps l'a permis, on aura étendu pendant quelques heures sur le ventre une couche de savon noir, on désinfectera ensuite avec le sublimé dans lequel on trempera des compresses que l'on étendra sur le ventre, Après anesthésie, on enveloppera tout le corps du malade, sauf l'abdomen de couvertures de laine ; si l'on n'a pu prendre les mesures indiquées plus haut on lavera avec l'alcool ou l'éther.

On a le choix entre une incision médiane et une autre faite le long du bord externe du grand droit de l'abdomen ; cette dernière sera plus souvent employée dans la laparotomie précoce ; la première est réservée à des cas douteux, présentant des indications particulières. Voici

les raisons de cette conduite : on arrive ainsi directement sur la base de l'appendice et sur le champ opératoire, et l'on peut drainer par la voie la plus courte et la plus directe. Ces avantages l'emportent manifestement sur ceux que l'on a en agissant sur la ligne médiane, qui permettrait d'éviter la rencontre d'adhérences au moment de l'ouverture de la cavité abdominale et de faire plus facilement la toilette du péritoine.

On peut obtenir l'équivalent du premier de ces avantages en prolongeant l'incision en haut ; quant au lavage, il n'est pas toujours nécessaire.

Cette incision recommandée par Roux a été fortement préconisée par Reclus, mais l'auteur ne semble avoir eu en vue que les cas où il s'agit d'abcès extra-péritonéaux qui se développent près de la paroi antérieure de l'abdomen.

On incise sur le bord externe du grand droit en commençant un peu au-dessus de l'ombilic, la peau, l'aponévrose ; on pince le péritoine, on y fait une boutonnière et l'on coupe avec le bistouri sur la sonde cannelée, ou bien on agit avec le dos d'un scalpel ou deux doigts de la main gauche pour éviter la blessure de l'épigastrique. On incise le péritoine de haut en bas pour mieux éviter les adhérences signalées plus haut ; si celles-ci existent et qu'on ne peut s'en débarrasser, on en est quitte pour prolonger l'incision en haut.

L'intestin grêle est rejeté à gauche de la ligne médiane et maintenu par des éponges plates. Si l'appendice n'est

pas visible, l'opérateur soulève le cœcum et cherche au-dessous ; s'il est libre de toute adhérence, on le saisit ; on fait au niveau de sa base des ligatures au catgut, on incise en protégeant le voisinage à l'aide d'éponges.

On lave le moignon qui reste et tenant la ligature avec des tampons aseptisés on touche avec le cautère Paquelin. Cette manière de traiter le pédicule a été employée par l'auteur un grand nombre de fois et toujours avec succès. Il préfère cette méthode à celle où l'on ne pratique pas la ligature et où l'on suture simplement les surfaces séreuses opposées. Cette dernière méthode est plus longue et moins sûre et met moins à l'abri de la récurrence.

Quand la situation de l'appendice est rendue méconnaissable par les adhérences anciennes, on le cherchera par la palpation derrière le cœcum, le mésentère ou la portion terminale de l'iléon, on aura pour point de repère la bande musculaire supérieure qui se termine à l'appendice. On se débarrasse le plus souvent des adhérences avec un instrument mousse, afin d'éviter les hémorragies et les blessures de l'intestin. Souvent l'on trouve du pus en arrière du cœcum, on épongera avec soin et on lavera la plaie avec la solution phéniquée forte.

Dans les cas où l'opération ayant été retardée l'appendice est méconnaissable, on se contentera d'évacuer le pus et de drainer. Parfois le pus s'élève assez haut derrière le colon ascendant et arrive ainsi jusqu'au flanc ; on épongera comme dans le cas précédent et pour mieux

drainer, on fera quelquefois une contre-ouverture au niveau de la crête iliaque. Si l'abcès se propage dans le pelvis, on pourra la pratiquer dans le rectum. Stimson est d'avis que dans la majorité des cas il est inutile de faire une toilette péritonéale, l'indication en est fort limitée; dans ce cas on se servirait d'un tube de verre donnant un jet assez fort que l'on promènera dans tous les coins de la cavité abdominale : on chassera ainsi la plus grande partie des liquides nuisibles, quant à espérer une désinfection complète, c'est une illusion.

Dans certains cas exceptionnels le pus s'est infiltré entre les anses intestinales et la paroi abdominale ; alors il est préférable de se servir du doigt comme guide ; s'il existe un abcès le drain doit se terminer en dedans au moignon de l'appendice. Les mèches de gaze iodoformée sont également utiles en arrêtant la formation du pus.

Deuxième groupe. — L'abcès est extra-péritonéal ; on s'occupe de l'évacuation du pus sans faire l'ablation de l'appendice, à moins que celle-ci ne soit possible.

Enfin, Stimson examine le cas où un vaste abcès bombe sous la paroi abdominale du côté du ligament de Poupart ; une incision parallèle à ce ligament est alors indiquée ; on risque, il est vrai, de diviser les adhérences sans s'en apercevoir, aussi a-t-on maintes fois essayé la simple ponction, mais l'incision est plus sûre.

Esler William a publié 6 cas, qui outre leur intérêt clinique prouvent que l'appendice peut se trouver partout sauf dans les hypocondres et la région lombaire. Dans

d'autres cas, il y avait perforation du cœcum ; il existait en même temps une péritonite généralisée.

Morton dans la discussion qui eut lieu à la Société médicale de Philadelphie est d'avis qu'il faut toujours intervenir avec le bistouri.

Keen, au contraire, dans la même discussion, se prononça en faveur de la ponction exploratrice, mais il rejette celle qu'on pratique par le rectum.

Weir s'est prononcé ici pour la ponction ; il n'a jamais vu de malade guérir par l'opération dans le cas de péritonite généralisée. Wickery rejette formellement la ponction exploratrice ; il se prononce en faveur de l'intervention hâtive pour les motifs suivants : 1° la plupart des cas mortels sont dus à une péritonite généralisée ; 2° celle-ci tue en général avant le cinquième jour ; 3° l'intervention diminue la durée de la maladie. Quatre cas montrent la difficulté qu'il y a de se prononcer en faveur ou contre l'opération avant qu'on ait pu constater *de visu* l'état des lésions.

Mac Burney commence par faire remarquer les progrès accomplis. Cette maladie n'est plus fatalement mortelle comme autrefois ; nous savons aujourd'hui que l'appendicite est une affection commune et que le traitement médical est le plus souvent inefficace. Ce n'est pas que les formes légères ne puissent guérir sans intervention sanglante, mais on a exagéré le nombre de ces guérisons spontanées. Fitz fixe la mortalité à 26 pour 100 et

Stimson à 25 pour 100. Ces statistiques contiennent un grand nombre de cas.

Burney aborde ensuite la symptomatologie au point de vue de l'intervention chirurgicale; la douleur est un symptôme précoce que le malade localise malheureusement très mal; légère, elle peut donner lieu à des erreurs de diagnostic; vive, ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'elle a son maximum dans la fosse iliaque droite.

Mais même dans ces cas, l'auteur est arrivé à découvrir le siège du mal, en enfonçant les doigts profondément vers l'appendice, c'est-à-dire chez l'adulte à 2 pouces de l'épine iliaque antérieure et supérieure; il est bon, pendant cette exploration, de faire tousser le malade.

Le Dr Weir conteste ce signe, car il l'a rencontré, dit-il, chez des individus sains, mais il est permis d'en douter, connaissant l'extrême fréquence de cette maladie. La rigidité des muscles se montre rarement; quant à la tympanite il faut faire des réserves sur les médications qu'elle fournit: ainsi son intensité n'est pas en rapport avec l'étendue du mal, mais avec la facilité avec laquelle l'intestin se laisse paralyser; la tympanite précoce est cependant d'un mauvais pronostic.

La tumeur, à part les cas très légers, apparaît au plus tard le troisième jour. La percussion donne, soit un son mat, soit de la sonorité si des anses intestinales s'interposent entre la tumeur et la paroi abdominale. Le malade souffre quand il étend la cuisse droite ou quand il tousse

Le toucher rectal ne donne rien dans les premiers temps. Bref les signes constants sont, la fièvre, la rigidité, de la paroi abdominale, la sensibilité déterminée par le procédé décrit plus haut.

Au début, le diagnostic est difficile et même lorsque les accidents péritonéaux éclatent d'emblée, il est souvent impossible d'en fixer l'origine. Plus tard le diagnostic devient plus facile, mais alors les lésions sont aggravées et le pronostic peut être fatal.

Burney fait remarquer que l'appendicite est une affection essentiellement septique et que la septicémie généralisée contre laquelle toute thérapeutique est impuissante peut commencer dès le troisième jour. Doit-on opérer cette affection le premier jour ? Non, car si d'un côté le diagnostic est difficile, d'autre part, nous avons des cas bénins qui guérissent spontanément ; on distinguera ceux-ci à l'allure modérée de la température, au peu d'intensité de la douleur, au faciès, à l'état des forces du malade, au tympanisme modéré ; mais toujours le malade sera soumis à une surveillance de tous les instants car ces formes si bénignes peuvent rapidement devenir graves.

On s'abstiendra d'ordonner des opiacés et si le traitement médical n'améliore pas le malade, il faudra sans tarder recourir à une opération.

Dans les cas où, au bout de 36 heures, la maladie présente des symptômes notables d'accroissement, il faut discuter l'intervention sanglante. « Nous ne croyons pas,

dit Burney, qu'il faille attendre que la perforation de l'abcès ou la péritonite généralisée soient de toute évidence; découvrir une péritonite qui se généralise, c'est découvrir une péritonite déjà généralisée. Attendre que le ventre soit tympanisé, c'est s'exposer souvent à une affection septique des intestins dont aucun malade n'échappe. »

Dans la plupart des cas les symptômes sont suffisants pour que l'on puisse savoir s'il faut opérer ou non, au bout de 36 heures.

« Il est possible qu'avec cette manière de procéder nous enlevions l'appendice à des sujets qui auraient guéri sans opération; mais nous supprimons la possibilité d'une récurrence. »

L'intervention hâtive est surtout indiquée quand la perforation est subite, la douleur violente; souvent même le collapsus est tel qu'il faut attendre la période de réaction; alors il ne faut pas temporiser, mais se rappeler qu'au début des accidents, le malade est généralement bien, il n'est pas épuisé ni intoxiqué par la septicémie, il n'est pas débilité par un long jeûne et des vomissements persistants. On aurait pu craindre en ouvrant ainsi la cavité péritonéale qu'on s'exposerait à rendre général un foyer septique d'abord local; les statistiques démontrent le contraire; toutefois, il faut bien le dire, l'intervention nécessite une habileté particulière, de la part du chirurgien.

Hermam Mynter, professeur de chirurgie à l'Université de Niagara, rappelle dans une sorte de revue histori-

que du sujet que déjà en 1879 il avait soutenu dans le *Buffalo medical journal* que la pérityphlite presque toujours mortelle pour les malades qu'elle atteint aurait bientôt un autre sort, grâce à l'intervention qui supprimait l'appendice.

Il passe en revue diverses opinions émises par le chirurgien américain Bull ; ce dernier auteur distingue la pérityphlite catarrhale aboutissant à la guérison mais laissant des adhérences et la pérityphlite suppurative qui se termine par une péritonite générale ou locale. Ces lésions sont engendrées soit par des lésions du cœcum soit par celles de l'appendice, ces dernières bien plus fréquentes.

Marc Murtry croit l'appendicite ulcéreuse toujours en cause ; cependant il mentionne une ulcération primitive du cœcum.

Krafft ne croit pas à la guérison spontanée ; la récurrence serait fatale. Pour lui la perforation du cœcum est toujours secondaire et due à ce que l'abcès se vide dans son intérieur. Ce qui prouve la grande fréquence de l'appendicite, c'est que le Dr Toft de Copenhague a retrouvé des reliquats de cette maladie sous forme d'adhérences péritonéales dans trente-cinq sur cent de ses autopsies.

Mykulicz de Königsberg distingue deux formes de péritonite d'origine perforative ; la première consiste en une péritonite septique et diffuse résultant de l'envahissement brutal de sa cavité par les matières intestinales en grande quantité, coulant par un vaste ulcère ; elle est caractérisée

par un exsudat séro-sanguinolent ou purulent à odeur putride, il n'y a pas d'adhérences à cause de la mort rapide du sujet. Dans la deuxième forme qu'il appelle péricitonite purulente progressive, il y a d'abord une péritonite locale dont les adhérences empêchent le mal de se généraliser. Parfois le pus s'infiltré entre les anses de l'intestin grêle et forme une série d'abcès.

Trèves ne croit pas à la forme catarrhale de la pérityphlite et n'admet qu'une forme ulcéreuse.

Hermann Mynter ne pense pas que l'inflammation des parois de l'appendice détermine fréquemment des adhérences du péritoine. En effet, grâce aux laparotomies précoces, on sait que l'appendice peut être rempli de pus sans qu'il y ait trace de péritonite dans le voisinage.

Hermann Mynter croit que l'on exagère quand l'on dit que l'abcès est toujours intra-péritonéal ; dans un cas, il a trouvé un abcès qui bombait du côté du ligament de Poupart et était complètement extra-péritonéal bien que l'on pût voir au fond le cœcum et son appendice. Dans un autre cas d'abcès négligé qui faisait hernie dans le triangle de Jean-Louis Petit la collection purulente d'origine certainement intra-péritonéale, était devenue extra-péritonéale.

Fowler fait ressortir les conditions très diverses que le chirurgien est exposé à rencontrer dans les cas d'appendicites, tels que ulcération, perforation, absence ou existence d'adhérences. Le grand point est de faire son incision de façon telle que l'on atteigne facilement la base de

l'appendice. L'auteur préconise l'incision le long du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen. Au moment de l'ouverture de la cavité abdominale, on peut trouver les intestins agglutinés, ou au contraire libres; on les entoure d'une pièce de gaze stérilisée qui facilite l'opération. On cherche ensuite l'appendice en se servant surtout des doigts.

Il faudra prendre des précautions pendant la manipulation de l'appendice et la pose de la ligature pour ne pas crever l'appendice, ce qui pourrait amener la contamination de la cavité péritonéale; Fowler insiste sur les renseignements utiles que peuvent fournir les bandes musculaires du côlon, surtout l'antérieure pour la découverte de l'appendice.

S'il existe un abcès on se mettra quand même à la recherche de l'appendice; on ne l'abandonnera à lui-même que s'il est largement ulcéré ou gangréné. Fowler préconise comme pièce de pansement la gaze à l'oxyde de zinc au lieu de la gaze iodoformée, parce que la première peut être aseptisée par la chaleur d'une façon parfaite: la présence de cette gaze favorise le développement du tissu embryonnaire.

Clark et Smith (*Lancet*, 3 mai 1890) considèrent :

1° Le moment de l'intervention. Presque jamais elle ne peut se faire avant le cinquième jour, à cause de la difficulté du diagnostic et du peu de symptômes fournis par la collection au début, surtout quand elle se fait à la partie postérieure du cœcum, vers le psoas.

2° Le procédé opératoire. Trèves proscrit absolument toute tentative d'exploration avec une aiguille aspiratrice, que conseillent les médecins américains, c'est une pratique dangereuse et inefficace qui ne décèle pas toujours la présence du pus lors même qu'il existe.

L'incision doit être oblique ou sémi-lunaire, jamais verticale et toujours située en dehors de la ligne blanche. Une fois le foyer ouvert, il ne faut pas se hâter de rechercher le corps étranger, de peur de rompre les adhérences. Mieux vaut fixer un drain et laver le foyer antiseptiquement, que de disséquer la région et de s'exposer à des ruptures.

L'établissement d'une fistule cœcale est presque toujours temporaire ; cet accident a une grande tendance à guérir spontanément.

3° Dans les typhlites à répétition l'auteur conseille l'excision de l'appendice iléo-cœcal qui doit être pratiquée dans la période apyrétique, quand il n'y a aucun symptôme inflammatoire.

L'appendice une fois découvert et séparé de ses adhérences ne doit pas être simplement coupé et lié, après l'avoir serré avec une pince, on l'excise, et successivement une suture doit être faite sur la muqueuse et la tunique séreuse, comme pour la réparation d'une plaie intestinale : après quoi, la paroi abdominale est suturée sans drain placé en permanence.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Et maintenant quelles conclusions doit-on tirer de la longue analyse à laquelle nous venons de nous livrer ? Il nous semble tout d'abord utile avant d'aborder la technique opératoire, de traiter la question bien plus importante mais aussi plus épineuse des laparotomies hâtives.

Il y a quelques années une telle médication n'aurait pu se poser. Les praticiens d'alors n'ignoraient pas plus que ceux d'aujourd'hui que beaucoup de cas se terminaient par guérison et offraient, somme toute, une remarquable bénignité. La laparotomie était regardée avec une sorte d'épouvante ; on ne s'y résignait que devant des événements de la plus haute gravité.

Les progrès de la chirurgie ont dissipé en grande partie les craintes anciennes, et l'on peut diviser les chirurgiens qui se sont trouvés en présence d'appendicites en trois catégories principales :

1° Ceux qui rejettent encore la laparotomie et attendent que l'abcès soit contre la paroi abdominale pour l'ouvrir.

2° Ceux qui se décident pour l'intervention sanglante, quelle que soit la forme d'appendicite.

3° Ceux qui n'interviennent pas toujours, mais qui ne reculent pas systématiquement devant une opération. C'est cette dernière catégorie qui comprend la majorité des praticiens ; il y a parmi eux bien des nuances qui les rapprochent insensiblement des groupes précédents, les

uns penchant plutôt pour l'intervention précoce, les autres pour la prudence.

Quand une péritonite purulente généralisée se manifeste par des symptômes bien nets, précédés ou non, des signes propres à la pérityphlite, nul doute, il faut agir promptement ; dans ce cas la laparotomie médiane suivie de lavage ou de drainage de la cavité péritonéale est d'absolue et d'urgente nécessité. On pourra même, pour arriver sur l'appendice, faire l'incision suivant le bord externe du muscle grand droit ; on pourra avec avantage employer le procédé préconisé par Reclus qui consiste, après avoir fait la laparotomie sur la ligne médiane, à faire une contre-ouverture au niveau du cœcum et de son appendice ; quand le diagnostic d'abcès péricœcal peut être affirmé, il faut ouvrir et suivre la conduite que nous indiquerons plus loin.

Sommes-nous en présence d'une masse simplement indurée, n'y découvre-t-on pas de fluctuation, aucun symptôme de péritonite diffuse, faut-il intervenir ou temporiser ? La question est là.

Les partisans de la temporisation (Leyden, Macdougall, invoquent l'intérêt qu'il y a à laisser la poche purulente se former et l'établissement d'adhérences qui protégeront la cavité péritonéale.

Quoiqu'il en soit, voici l'avis des chirurgiens qui nous semblent le plus autorisés. Il faut distinguer deux cas, suivant que l'on a affaire à une de ces formes bénignes dont nous avons déjà parlé ou au contraire à une forme grave.

Dans le premier cas, le simple traitement médical a pu donner lieu à des guérisons ; mais lors même que les accidents paraissent légers, le praticien doit soumettre son malade à une observation de tous les instants et surveiller pas à pas la marche des symptômes.

Si, au contraire, la température s'élève, atteint 39° le soir, si elle est rémittente, si des frissons apparaissent, si l'état général ne s'améliore pas ou que les forces faiblissent, il faudra agiter la question de l'intervention chirurgicale, car nous ne croyons pas qu'il soit prudent de laisser suivre au mal sa marche naturelle.

La pression exercée à deux pouces de l'épine iliaque antérieure et supérieure, détermine-t-elle une douleur très vive, la rigidité de la paroi abdominale, les souffrances que l'on détermine en étendant la cuisse sur le bassin s'accroissent-elles, enfin des signes d'obstruction intestinale apparaissent-ils, c'est alors qu'il est formellement indiqué d'agir.

Le signe de Roux (infiltration du cœcum, qui présente à la palpation les caractères d'un carton très mou et trempé dans l'eau chaude), que nous avons décrit plus haut, signe presque constant d'après l'auteur, serait en quelque sorte le critérium de la date où doit se pratiquer l'intervention chirurgicale. Il fait rarement défaut 48 heures après le début des accidents et annonce que la perforation a eu lieu.

Ce qu'il faut bien connaître, c'est que l'on ne doit pas attendre la présence de la fluctuation pour intervenir.

Quand l'induration augmente, il faut opérer, car de nombreux cas recueillis prouvent que l'inflammation de l'appendice ne s'accompagne pas toujours d'adhérences péritonéales, et ce serait s'exposer à se trouver bientôt en présence d'une péritonite généralisée que de vouloir temporiser; car, dès que le malade est en proie à une lésion de cette nature, que l'état général indique l'existence d'une septicémie intense, malgré les quelques succès que l'on peut retrouver dans la littérature médicale, les chances de sauver le patient sont bien faibles.

Quant à la date de l'intervention, qu'il suffise de savoir qu'une hâte excessive serait infiniment moins préjudiciable au malade qu'une patience poussée à l'excès.

D'après une statistique de Fitz, la mort s'observerait 56 fois sur 100 dans le cours de la première semaine.

Faut-il intervenir au cours d'une appendicite simple? A l'heure qu'il est, la plupart des chirurgiens répondent par l'affirmative, à la condition toutefois que l'affection récidive.

Voici comment Reclus envisage cette question : « Il ne suffit pas, dit-il, d'une douleur légère dans la fosse iliaque droite et même d'une tuméfaction appréciable du processus, car cette poussée peut céder sans laisser de traces; les corps étrangers, les sécrétions franchissent parfois la valvule et se vident dans le cœcum. Nous trouvons dans les auteurs américains et anglais quelques observations où, malgré une ou plusieurs attaques successives,

la laparotomie a montré l'organe sain, sans menace de perforation et même sans épaissement notable. »

Il nous semble donc qu'en ce cas il faut s'abstenir, car l'ouverture du péritoine n'est pas sans dangers et de plus l'appendice vermiculaire peut échapper aux recherches, entouré qu'il est par des néo-membranes dont on ne saurait le dégager.

Même indécision, plus marquée encore s'il est possible, quand, au lieu d'avoir affaire à une affection aiguë, l'on se trouve en présence d'un malade qui deux ou trois fois déjà, plus souvent même, a été pris de symptômes de colique appendiculaire, symptômes qui se sont amendés sous l'influence d'un traitement médical approprié.

S'il est pénible encore pour quelques praticiens d'intervenir dans les cas indiqués plus haut, nous comprenons leur hésitation en face d'une manœuvre opératoire qui gagne à être faite dans l'intervalle de deux accès. Le malade à ce moment semble complètement guéri et recule parfois devant une intervention sanglante si son médecin ne lui force en quelque sorte la main ou semble lui-même hésitant.

Nous croyons pouvoir affirmer que l'opération s'impose dans ces cas ; outre que l'individu atteint de cette affection peut voir survenir à la suite d'un excès ou de toute autre cause occasionnelle une nouvelle atteinte du mal, il peut se faire que les accidents à rechute qui jusqu'alors avaient été bénins, suivent à une attaque ultérieure une marche plus grave et quelquefois mortelle.

TRAITEMENT MÉDICAL

Un grand nombre de cas d'appendicites se sont terminés favorablement ; bien souvent même, si l'on en croit les constatations de Toffer à l'hôpital de Copenhague, on rencontre dans les autopsies des traces de pérityphlites anciennes reconnaissables à leurs adhérences caractéristiques et qui semblent avoir passé inaperçues. Mais aussi, combien de cas de morts dus à des appendicites qu'un traitement chirurgical entrepris à temps aurait probablement évités. Quoi qu'il en soit, le diagnostic n'est pas encore assez assuré, ni l'usage assez généralisé pour qu'on intervienne par une laparotomie en quelque sorte préventive.

Quand peut-on s'abstenir ? Quand la douleur est modérée, la tympanite peu marquée, que la prostration des forces est à peu près nulle, que le malade remue à l'aise dans son lit, et que la fièvre ne dépasse pas 38° . Dans ces cas, le clinicien n'a qu'à recourir aux moyens médicaux, mais en soumettant le malade à une observation constante, car l'on possède maintenant nombre de cas où la situation change du tout au tout avec une rapidité étonnante. L'anatomie pathologique rend compte de ces anomalies apparentes : quoiqu'il en soit, voici les moyens employés.

Nous croyons avec Maurin et beaucoup d'autres que les émissions sanguines doivent être rejetées ; en effet sur 94 cas de mort, on aurait employé 90 fois des ventouses scarifiées ou des sangsues ou même des saignées générales. Maurin affirme, ce qui n'est pas douteux que leur emploi a eu la plus fâcheuse influence sur les résultats funestes de la maladie : « On a compris depuis longtemps qu'une semblable thérapeutique ne pouvait qu'affaiblir le malade et le mettre dans des conditions très défavorables pour résister à la maladie sans procurer le bénéfice de juguler l'inflammation comme on le croyait. » Cette proscription peut-être un peu sévère nécessite des faits plus convaincants que ceux d'une statistique où tous les faits sont loin d'être comparables entre eux. Il se peut que dans les cas bénins, l'émission sanguine, locale soit utile en diminuant la douleur et peut-être la fluxion de la région ? mais dans tout autre circonstance, se bercer de l'espoir d'une action véritablement efficace est un leurre.

Les purgatifs que beaucoup de praticiens emploient encore d'une façon courante, sont non seulement inutiles, mais encore nuisibles. Les mouvements intempestifs qu'ils provoquent dans la masse intestinale risquent fort de rompre les adhérences qui faisaient de la péritonite une lésion localisée. Loin de recourir à cette dérivation problématique qui peut être si chèrement achetée, il faudrait d'après certains auteurs recourir aux opiacés.

L'emploi des opiacées est diversement interprété par

les auteurs : *a priori*, l'usage de ce médicament semble rationnel ; Graves le donnait à doses massives et beaucoup de praticiens ont imité son exemple. Wolz devrait deux guérisons à cette méthode ; With cite deux statistiques qui semblent tout à l'avantage de l'opium ; la première où l'on n'avait pas employé ce médicament porte sur 30 cas et donne 40 pour 100 de mortalité ; la seconde où ce remède avait été administré à l'exclusion des purgatifs ne donne plus qu'une mortalité de 16 pour 100. Aussi Maurin croit-il pouvoir conclure : « avec tous ces auteurs nous prescrivons les purgatifs, et nous dirons que la meilleure médication au début sera l'opium sous toutes ses formes, soit seul, soit associé à la belladone ».

Beaucoup de chirurgiens s'inscrivent en faux contre cette opinion. Et, en effet, l'opium, s'il calme les mouvements de l'intestin, a le tort très grave de favoriser la parésie intestinale, et par cela même, le tympanisme ; or, une dilatation énorme du ventre par les gaz gêne beaucoup l'exploration physique et même la rend impossible ; cela est d'autant plus fâcheux que l'examen local est de toute nécessité pour fixer le moment de l'intervention.

Que dire maintenant des applications *loco dolenti* ; tout d'abord, le moyen semblerait excellent, mais le doute vient quand on songe à la situation très profonde du foyer inflammatoire. La glace a-t-elle le pouvoir de modifier la circulation locale jusque-là ? Nous ne saurions

l'affirmer. En tous cas, on peut dire que la glace est un calmant remarquable.

Mêmes remarques et mêmes hésitations quand il s'agit non plus de glace, mais de corps très chauds, par exemple de sachets de sable brûlants qui auraient, paraît-il, amené quelques guérisons.

A côté de ces moyens purement médicaux, il convient d'ordonner au malade le repos le plus absolu. Les grands bains chauds ont sinon donné des succès, du moins ont-ils diminué les souffrances du malade : leur emploi ne pouvant être qu'utile sera recommandé.

Enfin un régime sévère sera institué. Le malade ne prendra que du bouillon, du lait et en général des aliments liquides.

Il est incontestable que la typhlo-pérityphlite traitée exclusivement par la méthode dite médicale entraîne un pronostic des plus fâcheux. « Les cas les plus bénins se résolvant par la résolution pure et simple sont exceptionnels » (Luton). Des relevés faits par Fitz, Sands, Pravaz, il résulte que cette terminaison se rencontre seulement dans un tiers des cas au plus. Que de complications à craindre : récidives fréquentes pendant des années, ouverture de l'abcès dans les vaisseaux sanguins, dans la cavité vésicale, fusées purulentes gagnant le tissu cellulaire rétro-péritonéal et se propageant parfois, comme l'a vu Gawitz, jusque dans la plèvre; pyohémie ; et surtout, accident très fréquent, invasion par le pus de la grande cavité péritonéale. L'ouverture dans le cœcum, considérée

comme un des modes de terminaison les plus favorables est loin d'amener toujours une guérison durable.

D'après la statistique de Maurin, la mort a été observée 101 sur 117 cas où aucune intervention chirurgicale n'a été mise en œuvre. Sans aucun doute ce chiffre doit être tenu pour exagéré, car les cas les plus graves ont été publiés de préférence. Il n'en est pas moins vrai que la mort est une terminaison très fréquente de la pérityphlite.

Le nombre des cas heureux se réduirait encore si l'on y rangeait seulement les faits de guérison définitive. Les récidives sont fréquentes ; l'enquête à laquelle nous nous sommes livrés nous mêmes en parcourant un grand nombre d'observations, démontre la vérité de cette assertion. De son côté Fitz indique comme proportion des récidives, le chiffre de 11 pour 100.

Souvent donc la maladie que l'on croit disparue n'est qu'endormie, toujours prête à un retour offensif.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Soins prémonitoires.

Il faut que le malade soit mis dans une salle où la température soit au moins de 20° ; l'expérience que l'on a acquise en ovariectomie démontre en effet que le choc dépend en grande partie de l'influence du froid sur les intestins.

Le ventre sera nettoyé au savon de potasse avec une scrupuleuse exactitude, puis lavé à l'alcool et enfin désinfecté avec une solution de sublimé au millième.

Le chirurgien observera les précautions antiseptiques d'usage pour sa propre personne, précautions si connues que nous croyons inutile d'insister sur ce sujet. D'autre part, comme l'opération est difficile, qu'elle nécessite beaucoup d'habileté manuelle et d'esprit de conduite, le chirurgien ne l'entreprendra que lorsque son expérience et son adresse lui en donnent en quelque sorte le droit. C'est que dans la chirurgie abdominale, un apprentissage préalable est absolument nécessaire.

Arsenal chirurgical.

En outre des instruments habituels tels que ciseaux, bistouris, pinces hémostatiques, il faut que le chirurgien

ait de grandes pinces plates pour arrêter l'hémorrhagie en nappe, des éponges plates montées pour maintenir les intestins, des rétracteurs larges et articulés à angle droit sur le manche. Si l'aide est habile, on peut au besoin remplacer tout cela par un ample double de gaze antiseptique qui enveloppera les intestins et que l'aide maintiendra avec les doigts (Fowler).

Chloroformisation.

Beaucoup de chirurgiens américains croient à l'heure actuelle qu'on peut se passer de la chloroformisation préalable qui assombrirait le pronostic et se contentent de l'anesthésie locale à la cocaïne : mais cette pratique n'est pas observée par la majorité des chirurgiens ; elle est en tous cas contre-indiquée quand l'opération doit être longue et difficile.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Certains chirurgiens ont, de parti pris, en l'absence de péritonite généralisée, conseillé, pour aborder la péri-typhlite, l'incision médiane qui conduit d'emblée dans la grande cavité péritonéale. On détruit ensuite les adhérences qui environnent le cœcum et l'appendice; on recherche l'abcès et on se comporte, en ce qui concerne le corps étranger et la perforation comme il sera tout à l'heure. Cette conduite nous semble avoir trop peu d'avantages pour compenser les risques qu'une faute si légère fût-elle contre l'antisepsie fait courir au malade.

Schuller entre autres préconise l'incision sur la ligne médiane; il lui reconnaît les avantages suivants:

1° On évite de tomber sur des adhérences qui peuvent beaucoup gêner l'opérateur.

2° On peut plus facilement faire la toilette péritonéale en cas de nécessité, et d'ailleurs on peut augmenter à volonté l'incision, sans risque de blesser l'artère épigastrique, comme cela peut avoir lieu si l'on opère sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen.

Il nous semble au contraire que ce procédé dans le cas de péritonite localisée a deux inconvénients principaux; la laparotomie médiane ne mène pas sur le foyer du mal, de plus le drainage s'il est rendu nécessaire par la pré-

sence d'un abcès est bien plus difficile à établir, sans compter le risque que peut courir le malade, d'une inoculation septique de la grande cavité séreuse.

Un autre procédé, préconisé par les américains, consiste à faire l'incision sur le bord externe du muscle droit de l'abdomen ; l'avantage de cette méthode opératoire est que l'on tombe directement sur le cœcum et son appendice, mais cet avantage est en partie illusoire, si l'on songe que d'ordinaire l'abcès ou les abcès sont dans la fosse iliaque, en bas et en dehors, et que les collections contournent le bord externe du cœcum baigné en avant, en arrière et en dedans par les fusées purulentes.

Dans ce procédé, l'incision doit commencer à l'ombilic et finir en bas à une certaine distance de l'éminence iliopectinée. Après avoir coupé la peau et les aponévroses, on récline le muscle en dedans et l'on procède avec beaucoup de prudence, car pour peu que l'on descende bas, on a grande chance de rencontrer les vaisseaux épigastriques, veine et artère qui sont situés à ce niveau et à une grande profondeur. On incise ensuite le fascia et arrivé sur le péritoine, on fait une boutonnière et l'on glisse une sonde cannelée pour inciser la séreuse ; pendant ce temps, l'aide placé en face de l'opérateur éponge et lie à mesure les vaisseaux, ou bien se contente de placer des pinces à forcipressure. Si l'on rencontrait des adhérences, il faudrait s'en débarrasser, et continuer l'incision un peu en haut ainsi que le conseille Stimson.

Cette méthode employée par la plupart des chirurgiens

américains n'a pas prévalu en France, et c'est à une incision semblable à celle de la ligature de l'artère iliaque interne que l'on a donné la préférence.

Max Schuller préconise aussi une incision latérale ; mais à l'incision classique, parallèle à l'arcade de Fallope il en préfère une autre verticale, partant d'un point situé à un travers de doigt en dedans du milieu de la ligne qui va de la symphise pubienne à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

M. Chaput se déclare partisan de l'incision franchement séreuse ; en cela il est complètement en désaccord avec Gerster qui trouve peu prudent d'ouvrir le grand sac péritonéal, car cela n'est pas nécessaire. Voici en quelques lignes, le procédé de M. Chaput.

« Par incision parallèle et à deux travers de doigt de l'arcade crurale, je conseille d'ouvrir le péritoine d'emblée pour se rendre compte *de visu* de l'aspect des lésions, pour éviter, par exemple, que des pressions aveugles n'achèvent de perforer le cœcum ou l'appendice, au niveau d'une ulcération, ou pour que le pus ne tombe pas dans le ventre par rupture des adhérences qui le limitent.

On trouvera le cœcum et souvent l'appendice indurés, perforés, gangrénés. On suturera alors le péritoine pariétal à une portion saine du cœcum pour mettre, pour ainsi dire, cet organe et son appendice hors de la séreuse.

On décollera ensuite le péritoine et le cœcum de la fosse iliaque, jusqu'aux limites des lésions. On bourrera d'iodoforme la fosse iliaque et la face antérieure du cœcum

qui sera ainsi complètement isolé. On pourra dès lors, attendre en toute sécurité la suite des événements.

En somme, une incision semblable à celle de la ligature de l'iliaque interne nous semble devoir être préférée.

C'est du reste le procédé préconisé par la plupart des chirurgiens français et étrangers; Bruck, Mahammed, Symonds-Krafft; d'autres (Dupuytren et Barthélemy), préfèrent l'incision de la colotomie lombaire; Pravaz préconise l'incision transversale sus-iliaque.

A notre avis, le siège plus ou moins en dedans de l'incision importe peu pourvu que celle-ci soit longue et mesure de 10 à 15 centimètres, et qu'elle porte sur la région où se trouve la tumeur si cette dernière existe.

L'incision iliaque commencée à deux centimètres environ au-dessus de l'arcade de Fallope vers son milieu dont elle suit la direction jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure; elle la dépasse ensuite d'une longueur égale à celle déjà parcourue.

La cavité de l'abdomen une fois ouverte, on constate l'état des intestins. Si contre son attente ils étaient agglutinés ensemble, et portaient des traces évidentes de péritonite généralisée, il faudrait les laver ainsi que la cavité abdominale; toutefois, cette toilette du péritoine, comme on le voit, n'a que de rares indications. On se servira alors d'un gros tube de verre permettant un jet d'eau antiseptique suffisamment gros et puissant qu'on promènera dans tous les coins de la cavité abdominale; on chassera ainsi la plus grande portée des liquides nuisi-

bles, on diluera le restant, ce qui rendra la désinfection plus facile.

Il nous faut dire quelques mots des cas où l'abcès n'est plus iléo-inguinal, mais occupe des situations différentes.

Dans l'abcès pérityphlitique antérieur, la collection purulente vient faire saillie plus haut et plus en dedans que d'habitude. Il abandonne la fosse iliaque pour se porter vers l'ombilic. L'incision de choix sera celle qui portera directement sur la partie la plus saillante de l'abcès.

Si l'on a affaire à un abcès pérityphlitique postérieur, c'est-à-dire faisant saillie au-dessus de la crête iliaque, tout près de la région rénale le procédé opératoire sera le suivant : on commencera l'incision au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure à deux travers de doigt au-dessus et l'on coupera les tissus, parallèlement à l'arcade de Fallope prolongée ; c'est en somme la moitié supérieure et agrandie de l'incision classique. Gerster recommande encore dans ce cas la laparotomie médiane ; nous n'y voyons aucun avantage.

Dans le type rectal c'est au point proéminent de l'abcès dans le rectum que l'on fera l'incision.

Quand l'abcès est méso-coeliaque, c'est-à-dire lorsqu'il est situé entre les anses intestinales sans adhérence aucune à la paroi, on peut choisir entre deux procédés qui ont la même valeur, la laparotomie médiane ou bien l'incision sur le bord externe du muscle grand droit de l'abdomen. Arrivé sur la collection purulente, on sépare doucement les anses agglutinées, on lave, on assèche la cavité et l'on draine.

RECHERCHE DE L'APPENDICE VERMICULAIRE ET TRAITEMENT DES ABCÈS PÉRITYPHLITIQUES

Si la laparotomie est précoce et qu'il n'existe pas d'attaques antérieures ayant pu créer des adhérences, on trouve facilement l'appendice, distendu par le pus, friable, épaissi; il faut le manier avec la plus grande prudence pour ne pas le faire éclater. Si la laparotomie était tardive, ou s'il existait des adhérences anciennes, reliquat d'une pérityphlite antérieure, la recherche de l'appendice serait plus difficile; on soulèvera alors le cœcum, on écartera les anses de l'intestin grêle. Cette recherche peut être facilitée par les considérations anatomiques suivantes. Il faut se rappeler que les bandes musculaires convergent toutes vers l'appendice. L'appendice sera retiré, on déchirera les adhérences avec un instrument moussé et au besoin on les incisera entre deux ligatures. Si l'appendice vermiculaire était gangrené, en opérer la résection serait exposer le malade à des risques inutiles; on se contentera de drainer, la nature se chargera elle-même d'éliminer ou du moins d'oblitérer l'appendice.

S'il est résécable, voici comment l'on opérera: quelques chirurgiens se contentent de tenter la réunion de deux parois qui constituent sa cavité par des points de suture; mais l'expérience a démontré que cette pratique était

mauvaise et qu'elle ne mettait pas à l'abri des récidives. Il faut donc enlever l'appendice. On le résèque à sa base et l'on oblitère l'orifice anormal par un doublé plan de sutures au catgut, suture de la muqueuse et suture de la séreuse suivant le procédé de Lembert.

L'intervention tardive qu'on pratique d'habitude a le grand inconvénient, comme nous l'avons dit plus haut, en outre qu'elle expose souvent à une péritonite généralisée, de favoriser la formation de collections purulentes plus ou moins bien limitées par le cœcum, les circonvolutions de l'intestin grêle, les fausses membranes. Il faudra les ouvrir et les éponger avec soin, puis faire méticuleusement la toilette de la place qu'ils occupaient. Quand le pus remonte, comme c'est parfois le cas, le long du côlon ascendant, il faut non seulement vider l'abcès, mais encore faire une contre-ouverture au niveau de la crête iliaque, comme le recommande Stimson. Si le pus ne porte dans la cavité pelvienne, il sera bon assez souvent de faire une contre-ouverture dans le rectum.

Dans quelques observations, notamment dans une de Roux où l'appendicite avait été produite par une lésion tuberculeuse on a eu grand peine à se débarrasser des ganglions tuberculeux dont l'ablation complète nécessaire pour la santé ultérieure du malade était fort difficile à cause des nombreux vaisseaux de la région. C'est que dans cette opération rien ne peut être réglé d'avance : on va un peu à l'aventure, et l'on est obligé de se contenter de quelques indications générales : de là la nécessité

pour le chirurgien, non seulement d'une grande habileté manuelle, d'une expérience antérieure, mais encore d'une grande présence d'esprit.

Chaque fois qu'il existe une collection purulente, il faut drainer ; il est inutile, si la collection est localisée, de procéder à une toilette générale de péritoine : celle-ci n'est nécessaire que dans les cas de péritonite généralisée ; encore ne désinfecte-t-on jamais la cavité abdominale. Le drainage se fera à l'aide d'un tube de Chassaignac ou mieux d'une mèche de gaze iodoformée ou à l'oxyde de zinc, comme le veut Fowler. En tous cas, dans les premiers jours, on changera fréquemment les pièces du pansement.

Abcès manifestement extra-péritonéaux.

Dans la grande majorité des cas, l'abcès est intrapéritonéal ; il le serait même toujours, si l'on s'en rapporté à la situation de l'appendice vermiculaire et du cœcum. Plus tard des adhérences peuvent séparer la collection purulente de la cavité péritonéale. Dans ces cas, si l'abcès porte manifestement du côté de la paroi abdominale antérieure, on peut le vider et l'inciser, le drainer comme l'indique Desprès dans son article du *Dictionnaire de Jaccoud*. On a même essayé de le ponctionner simplement, mais l'incision est préférable. Dans ce cas spécial, il est inutile de chercher à réséquer l'appendice, cela est à peu près impossible. Stmison fait remarquer que dans beaucoup de cas les adhérences sont peu marquées avec la paroi abdominale ; ce qu'il faut craindre, c'est alors d'in-

fecter la cavité du péritoine. Voici comment procède cet auteur pour éviter l'accident en question. Il incise le *fascia transversalis* puis il décolle le péritoine de la fosse iliaque comme on le fait pour la ligature de l'iliaque interne ; il incise l'abcès et le draine avec un tampon de gaze iodoformée.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I

De M. Tuffier (inédite).

Appendicite récidivante. Opération. Résection de l'appendice. Guérison. Examen microscopique de l'appendice vermiculaire.

He... Frédéric, âgé de 48 ans, entré le 28 octobre 1890, salle Chassaignac, n° 16, hôpital Beaujon.

Antécédents héréditaires. — Père mort de choléra, mère morte de vieillesse.

Antécédents personnels. — A l'âge de 21 ans cet homme portant une forte charge, ressentit une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Il fut obligé d'interrompre son travail, et d'entrer à l'hôpital de Bar-le-Duc ; il sortit au bout de six semaines amélioré ; mais depuis lors, il était sujet à de la constipation, et les matières qu'il rendait étaient teintées de sang. Jusqu'en 1871 il eut des coliques à répétition ; à cette époque elles se localisèrent à la fosse iliaque droite, et en même temps apparurent des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. A la suite de périodes de constipation opiniâtre, il éprouvait des débâcles où il évacuait des matières fétides et du pus ? En 1883, nouveaux accidents, et le malade entra à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Landrieux), où il fut traité pour une péritonite tuberculeuse. Il en sortit amélioré ; mais au mois d'octobre de chaque année une rechute le forçait à rentrer à l'hôpital.

Etat actuel. — A l'examen, le ventre est tendu et ballonné, dou-

loureux. On sent, en palpant la fosse iliaque droite, un empatement profond, très douloureux à la pression. Néanmoins, l'état général du malade est satisfaisant, il n'a pas de signes de tuberculose pulmonaire. Le pouls est à 72, la température normale. M. Tuffier porte le diagnostic de pérityphlite et appendicite.

La laparotomie est décidée et a lieu le 5 novembre.

Incision de 12 centimètres au niveau de la fosse iliaque droite, parallèle à l'arcade fémorale ; division des plans cutanés, musculaires et aponévrotiques.

Ouverture du péritoine ; découverte de l'intestin. Le doigt introduit dans la profondeur, reconnaît l'existence d'une tumeur du volume d'un marron, située à la partie postérieure du cœcum et adhérente.

Rupture de ces adhérences ; le cœcum est retourné et la tumeur apparaît entre les lèvres de la plaie : ce n'est autre que l'appendice augmenté de volume.

La dissection des adhérences à la sonde cannelée, met à nu un abcès situé entre la tumeur et le cœcum, et communiquant avec ce dernier organe par une perforation. Il en sort du pus et une matière crétacée.

Résection de l'appendice à sa base après ligature entrecroisée. Suture de la perforation intestinale après avivement de la muqueuse. Sutures au catgut en surjet de l'épiploon et du péritoine. Suture de divers plans tégumentaires. Drainage avec un tampon de gaze iodoformée. Pansement. Le soir la température est de 37°,4, le pouls à 80.

6 novembre. — Vomissements. Temp. 37°,2. Pouls 96.

7 novembre — Etat général satisfaisant. On enlève le pansement et la mèche de gaze iodoformée. Pouls 92.

11 novembre. — Enlèvement des points de suture.

Réunion parfaite. Régime lacté.

16 novembre. — Reprise de l'alimentation ordinaire.

7 décembre. — Le malade sort guéri de l'hôpital. Il conserve seulement de la sensibilité exagérée à l'endroit où la laparotomie a été faite.

Examen microscopique de l'appendice et de son contenu (MM. Taupet et Thévenard).

1° L'appendice dans sa partie terminale est presque entièrement fibreux ; sa lumière n'existe plus.

Hypertrophie de la couche musculaire, sortant de la couche circulaire dans le reste de son étendue. Muqueuse et éléments glandulaires normaux. La lumière de l'appendice est oblitérée par un corps dur, d'apparence crétacée et entouré d'une gaine de tissu myxomateux.

2° Les corps granuleux, trouvés dans l'abcès rétrocecal, sont aussi constitués par des corpuscules crétacés englobés dans le tissu myxomateux. Rien qui puisse faire soupçonner la tuberculose.

OBSERVATION II

Appendicite. Péritonite généralisée par perforation. Laparotomie.
Mort.

Le 10 septembre 1890, M. Tuffier fut appelé par M. le Dr Clermont près d'une jeune dame dont voici l'histoire.

Grande, forte, bien constituée, ayant toujours joui d'une bonne santé, à part quelques accidents de constipation sans gravité, cette femme fut prise brusquement au milieu de sa période menstruelle d'une douleur vive dans le bas-ventre. Le lendemain la température s'élevait à 38°,5 ; les douleurs étaient plus vives à la palpation ; l'empâtement correspondait au bord externe de l'utérus, empiétait légèrement sur la fosse iliaque ; on sentait une tumeur du volume du poing, sonore, si bien que l'on pensa,

étant donné les circonstances particulières de l'apparition de ces symptômes, à une lésion inflammatoire des annexes ou à une hématocele.

Les jours suivants, ces mêmes phénomènes persistèrent sans amendement aucun ; la malade eût des vomissements. Enfin, le cinquième jour (15 septembre) les symptômes prirent une gravité telle que, laissant de côté le traitement médical employé jusqu'alors (cataplasmes, bains, frictions avec l'onguent napolitain, injections chaudes), on pensa qu'une intervention devenait nécessaire.

A ce moment, la température était de $36^{\circ},5$, le pouls à 120, faible, mou, dépressible ; les vomissements étaient verdâtres, les douleurs très vives dans tout l'abdomen, la respiration balotante. La palpation révélait un ballonnement considérable avec tympanisme ; la douleur se montrait fort vive au niveau de la fosse iliaque droite. La tumeur avait acquis le volume d'une tête de fœtus ; immobile, elle descendait jusqu'à l'arcade de Fallope et s'étendait en dedans jusqu'à la ligne médiane et en haut, au niveau des fausses côtes. On ne trouvait pas de fluctuation. Par le toucher vaginal on retrouvait cette tumeur assez éloignée de l'utérus.

On posa alors le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée par perforation. La seule planche de salut, si mince qu'elle fut, était une intervention, qui fut du reste acceptée par la malade et sa famille.

A 5 heures du soir (15 septembre), assisté de M. le Dr Clermont et de l'interne du service, M. Tuffier pratique une incision, partant sur le bord antérieur de la ligne axillaire, des fausses côtes jusqu'à deux travers de doigt du ligament de Poupart ; l'incision est oblique en bas et en avant, semblable à celle que l'on pratique pour la ligature de l'iliaque primitive. Les différents plans sectionnés, il trouve une poche du volume d'une tête

de fœtus, limitée de tous côtés par des adhérences molles ; cette poche contient un liquide citrin et quantité de fausses membranes épaisses et fibrineuses. Au fond, siège l'appendice noirâtre, gangréné. La palpation, faite à travers cette poche, en fait reconnaître une autre située en dessus et en avant ; M. Tuffier l'incise, et comme les adhérences sont lâches, le liquide péritonéal s'écoule. Il suture la poche à la plaie extérieure, draine avec un tampon de gaze iodoformée. Pansement. Mort 15 heures après l'opération.

OBSERVATION III

De M. Tuffier (inédite.)

Appendicite. Abscès consécutif ouvert dans le cœcum. Récidive de phlegmon iliaque. Ouverture, gangrène de la paroi latérale du cœcum, fistules stercorales consécutives. Suture partielle de l'intestin. Amélioration.

Del... Emile 18 ans, 14 août 1890.

C'est un garçon pâle, peu vigoureux, bouffi quand nous l'avons examiné. Ce malade entre une première fois à l'hôpital Cochin. Il est pris depuis longtemps de douleurs dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant au début de constipation qui a cédé à l'emploi des purgatifs. C'est la persistance des phénomènes douloureux, joints à des accidents fébriles qui font entrer le malade à l'hôpital. A l'examen la cuisse est fléchie et en rotation en dehors, les tentatives d'extension déterminent une grande douleur à la région ilio-lombaire, la fosse iliaque est remplie d'une tumeur, dure, arrondie, immobile, sans rénitence ni fluctuation, paraissant faire corps avec la paroi osseuse. Le petit malade était alors pâle, amaigri, la température oscillait entre 39° et 40°. Au bout de 15 jours de cet état grave, diarrhée abondante accom-

pagnée d'évacuation de pus ; amélioration, la température tombe presque à la normale, la cuisse reprend son attitude et 15 jours après le malade sort et se remet à son travail.

A ce moment il portait dans la fosse iliaque la même tumeur qui semblait n'avoir que peu diminué de volume.

Les douleurs persistèrent sans grande acuité jusqu'au mois d'août 1890 ; à cette époque elles devinrent assez vives pour nécessiter son admission à l'hôpital où M. Tuffier constate dans la fosse iliaque une volumineuse tumeur remontant de l'arcade de Fallope à la région des lombes, dure, non fluctuante, accolée à l'os, sans changement de coloration à la peau.

La cuisse est légèrement fléchie et en rotation en dehors. Les purgatifs administrés ne déterminent aucune amélioration. La température oscille autour de 39°. M. Tuffier porte le diagnostic d'appendicite avec plegmon péricœcal et pratique l'opération suivante. Incision verticale de 10 centimètres dans la région iliaque et dans la direction de la ligne classique de la ligature de l'iliaque primitive. La paroi musculaire, scléreuse, est épaisse d'un doigt, on chemine au travers et l'on tombe sur une poche contenant un demi litre de pus. Cette cavité remonte jusqu'au dessous du rein ; en dedans on voit la paroi cœcale noirâtre.

Lavage, tamponnement iodoformé. Au quatrième jour on fait le pansement. Il s'écoule des matières fécales par la plaie. Quinze jours plus tard l'évacuation des matières étant abondante, M. Tuffier se résout à faire une nouvelle intervention pour fermer la fistule. Il agrandit l'incision primitive et tombe sur une large perte de substance du cœcum comprenant les 2/3 de sa largeur et 6 centimètres de haut.

Libération des bords de la fistule et mobilisation, suture de Lambert, grattage de la poche, drainage ; le pansement est refait le troisième jour ; il sort très peu de matières mais encore quelques débris alimentaires.

Dans ces conditions on fait simplement un pansement tous les 3 jours avec un drainage à la gaze iodoformée; l'état général est excellent; il est soumis à un régime alimentaire spécial, mais il persiste une petite fistule qui n'a pas de tendance à se fermer.

OBSERVATION IV

De M. Tuffier (inédite).

Perforation de l'appendice vermiculaire à son union avec le cœcum.

Ouverture. Résection de l'appendice. Suture bord à bord et suture de Lambert des lèvres de la perte de substance.

Lam... Emile, âgé de 36 ans, garçon de laboratoire, entré à l'hôpital Beaujon, salle Robert, le 30 mai 1891.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident, mère morte de fluxion de poitrine.

Antécédents personnels. — Cet homme a toujours joui d'une bonne santé; il est seulement très sujet aux migraines. Depuis un an il éprouve dans la fosse iliaque droite quelques douleurs sourdes qui depuis 3 mois, ont un peu augmenté d'intensité. Il remarqua à cette époque qu'en se levant de son lit ou en croisant les jambes l'une sur l'autre, le « côté droit du ventre lui faisait mal »; mais dans la journée ces symptômes se dissipaient, le malade n'y faisait pas attention, et il n'a jamais interrompu son travail.

Le 20 mai, il fut pris de constipation sans douleur et prit le lendemain deux verres d'eau de Sedlitz.

Le 22 au matin il s'aperçut qu'il avait une grosseur au niveau de la fosse iliaque, et trois heures après vers midi il fut pris de douleurs extrêmement vives qui le contraignirent à se coucher; du reste pas de vomissements.

On envoya chercher un médecin qui conseilla le repos absolu et ordonna au malade de prendre le lendemain matin une cuillerée à bouche d'huile de ricin. La température du soir était normale.

Le reste de la semaine se passa relativement bien, mais le malade ne put reprendre son service ; la température exactement prise matin et soir ne dépassa jamais 38°. Seules une constipation qui ne cédait qu'aux purgatifs et la présence de la tumeur douloureuse à la pression indiquaient que cet état n'était qu'une rémission.

Le 29 mai. — Mêmes symptômes que 7 jours auparavant, c'est-à-dire douleurs vives s'irradiant vers les cuisses et l'épigastre ; le malade ne vomit toujours pas, mais souffre beaucoup. On lui conseille alors d'entrer à l'hôpital.

Etat Actuel. — Homme vigoureux, n'ayant pas les traits tirés, ni le faciès abdominal : la température est de 37°,5. La quantité d'urines rendue est normale.

On trouve une tumeur du volume d'une petite orange, siégeant dans la fosse iliaque, tumeur d'une dureté ligueuse, faisant corps avec les parties profondes, sonore à la percussion, presque indolente, peu de douleurs spontanées. Opération le 2 juin.

Incision suivant le trajet de la ligne de l'iliaque primitive, ouverture du péritoine ; découverte d'une masse du volume d'une petite orange, constituée par l'intestin et l'épiploon intimement unis. Décortication progressive de ces adhérences au milieu desquelles se trouve un appendice que M. Tuffier libère et qui le conduit sur une perforation siégeant à son insertion au cœcum. L'appendice mesure 18 cent. de long. Il est dur, scléreux. Suture de la perte de substance (suture bord à bord, et suture de Lambert). Tamponnement iodoformé.

Au 5^e jour, quelques matières stercorales se sont écoulées par la plaie, puis il n'est plus venu que du pus et le 10 la plaie était en bonne voie de guérison. On le remet à la nourriture commune

Le 16 juin. — La guérison que l'on croyait devoir être complète est entravée; une fistule se reforme, donnant passage à du pus non mélangé à des matières fécales. Le malade jouit d'un état général excellent; il ne souffre pas.

Le 20 juin. — Il n'y a plus qu'une petite fistule ne donnant lieu qu'à une suppuration des plus minimes.

Le 25. — Il n'existe plus trace de la fistule.

Le 8 juillet. — Le malade peut être considéré comme guéri; il commence à se lever et ne ressent plus qu'une faible douleur à la pression au niveau de l'incision.

OBSERVATION V, de M. Tuffier (inédite).

Pérityphlite suppurée simulant une obstruction intestinale. Opération. Guérison.

A... Louis, âgé de 29 ans, domestique, entré à l'hôpital de la Charité, salle Velpeau, n° 4, le 16 janvier 1890.

Homme vigoureux, bien constitué, cet homme n'a jamais été malade.

Il raconte qu'il n'a rendu par l'anus ni matières, ni gaz depuis le 10 janvier, et qu'il souffre depuis le 12 dans le flanc droit. Il n'a pas eu de vomissements, et nous dit que dès le 10 janvier il ressentait une douleur assez vive dans le flanc droit et au niveau de l'estomac.

Lorsque nous le voyons il a les traits tirés, le faciès abdominal; sa température est de 38°,5; il éprouve une soif vive, mais un profond dégoût pour les aliments.

La quantité d'urines rendue est normale.

Le ventre est ballonné, les anses intestinales ne se dessinent pas sous la paroi abdominale. La pression n'est douloureuse que

dans la région cœcale, encore assez peu, puisqu'il est possible de pratiquer une percussion minutieuse ; celle-ci donne de la sonorité hydroaérique le matin, et de la matité le soir.

La palpation indique une forte tension des muscles droits ; on arrive par elle à limiter un gâteau dur, un peu plus étendu que la paume de la main et situé exactement en avant du cœcum.

On lui donne un lavement, puis on introduit une grosse sonde rectale ; ni l'un ni l'autre de ces moyens n'amène d'issue de gaz ou de matières fécales.

17 janvier. — Même état, même constipation absolue, même absence de vomissements, même élévation thermique (38°).

Opération. — Chloroforme.

Incision courbe de 12 centimètres, commençant un peu au-dessus et en avant de l'épine illiaque, et aboutissant au milieu de l'arcade crurale environ.

Les muscles de la paroi sont œdématiés.

Le doigt introduit dans l'incision ne trouve rien nulle part, excepté en haut où il paraît serré entre la paroi et quelque chose de résistant.

L'incision est prolongée en haut d'un coup de ciseaux et le doigt de nouveau introduit.

Au cours de ces manœuvres il sort un flot de pus couleur chocolat et très fétide évalué à 150 ou 200 grammes, qui se fait jour par la partie supérieure de l'incision.

Après son évacuation, on reconnaît qu'il a passé par une ouverture circulaire, pratiquée dans ce que l'on est autorisé à prendre pour le péritoine pariétal, lequel aurait été, non pas incisé, mais pris pour le cœcum et repoussé avec le doigt.

Par cette ouverture de la poche péritonéale (poche de l'abcès) on reconnaît le cœcum rouge, violacé, avec un point grisâtre qui paraît en imminence de sphacèle.

Lavage de la plaie ; on ne porte ni la canule de l'irrigateur, ni

le doigt dans l'ouverture péritonéale, car on ignore s'il existe là une poche parfaitement close et si d'ailleurs semblables manœuvres ne risqueraient pas de la faire céder en un point.

La partie supérieure de la plaie est bourrée de gaze iodoformée, médiocrement tassée; la partie inférieure est réunie par quatre points de suture au fil d'argent, car elle a porté trop bas, ouvrant la paroi antérieure du canal inguinal et mettant le cœcum à découvert.

Bandage de corps; durée 40 minutes, pansement compris.

18 janvier. — Pansement renouvelé: la gaze est tachée de pus, sans traces de matières fécales.

État général stationnaire, pas de fièvre (37°,) mais constipation toujours opiniâtre.

19 janvier. — Pansement renouvelé; pus, sans matières fécales. État général un peu meilleur, a rendu un gaz.

20 janvier. — Le malade a eu dans la nuit une véritable débâcle qui l'a beaucoup soulagé; la figure est meilleure, pas de fièvre, pas de douleurs. Le pansement est renouvelé, pas de matières fécales, pus en abondance.

21 janvier. — L'état général est en progrès, la douleur est nulle, la fièvre nulle aussi. Le doigt retire de l'angle inférieur de la plaie un noyau de fruit (reconnu tel au laboratoire).

Pas de matières stercorales dans la plaie, pas de fistule apparente sur le cœcum dont le point grisâtre persiste.

23. — Mêmes remarques; les selles sont maintenant régulières.

28. — Le pansement est toujours le même, lavage chaud, gaze iodoformée, pas trace de fistule stercorale.

Le malade sort guéri un mois après son opération.

OBSERVATION VI (Mac Burney).

C. P..., 19 ans, soigné par le Dr Otis. Grande rigidité des muscles du côté droit de l'abdomen ; sensibilité très marquée à deux pouces en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure suivant une ligne qui aboutirait à l'ombilic ; on y sent une petite tumeur. Pouls rapide. Temp. 40°. Etat général excellent. Opération le 21 mai 1888 quarante neuf heures après le début des accidents. L'appendice est distendu par du pus. On le résèque à sa base.

Guérison rapide sans aucun accident morbide.

OBSERVATION VII (Mac Burney).

John N..., 10 ans, entré à l'hôpital Roosevelt le 19 août 1889 ; les symptômes remontent à la semaine précédente. Au moment de l'opération, Temp. 41, pouls 110. Nausées. Tumeur douloureuse dans la fosse iliaque ; pas de tympanisme. Incision.

On trouve une petite tumeur formée par un abcès qu'entourent de tous côtés les anses de l'intestin grêle. Pas de péritonite ni d'adhérences. Résection facile. Guérison complète.

OBSERVATION VIII (Mac Burney).

W. K..., 16 ans ; entré à l'hôpital Roosevelt le 26 juillet 1889. Abdomen légèrement distendu, tympanite. Temp. 40°, pouls 110. Tumeur petite, mais douloureuse ; opération 49 heures après le début des accidents. L'appendice mesure 6 pouces et demi ; il est œdématié, épaissi. Ça et là, de petits foyers purulents sur sa

surface externe, pas d'adhérence péritonéale protectrice. Guérison sans accidents.

OBSERVATION IX (Mac Burney).

Anne O., âgée de 18 ans. Entrée à l'hôpital Roosevelt le 30 mai 1888. La malade a eu la première attaque il y a 6 ans. Tympanite très marquée. Petite tumeur sensible à travers la paroi abdominale. Temp. 40°, pouls 100. Opération le troisième jour après le début des accidents. L'appendice est très distendu, plein de pus et décoloré. Il est perforé à son milieu par une concrétion fécale. Guérison rapide.

OBSERVATION X (Mac Burney).

Charles P., 25 ans, entré à l'hôpital Roosevelt le 2 septembre 1889. Il y a cinq mois le malade a souffert d'une première attaque de pérityphlite. Opération le troisième jour après le début des accidents. Douleurs abdominales fort vives, nausées, vomissements; rigidité musculaire du côté malade. Temp. 40°. Adhérences marquées. L'appendice difficilement reconnu est réséqué. Il était enflammé, épaissi, induré; pas de pus; guérison rapide; petit abcès cutané.

CONCLUSIONS

1° Les symptômes du début dans les diverses affections de l'appendice vermiculaire du cœcum sont si variables, qu'ils ne sauraient suffire dans la plupart des cas à permettre de poser le diagnostic d'appendicite simple ou perforante.

2° L'intervention chirurgicale est indiquée dans deux cas différents :

1° Quand les phénomènes locaux ou généraux au bout de quelques jours ou de quelques heures suivant la marche plus ou moins rapide de la maladie vont en s'aggravant

2° Dans les cas d'appendicite récidivante.

3° L'incision oblique, longue de 12 à 15 centimètres, faite au niveau de la tumeur est le plus souvent indiquée ; l'incision médiane ou celle faite sur le bord externe du grand droit de l'abdomen seront réservés à des cas spéciaux.

4° L'excision de l'appendice et la suture du moignon seront faites le plus souvent possible pour éviter les récidives ; le drainage dans le cas d'abcès se fera de préférence à l'aide d'une mèche de gaz iodoformée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Berger.** — Bulletin de la société de chirurgie, 1890.
Broca. — Gazette hebdomadaire. Paris, 1888.
Bull. — (Transactions American surgical association).
Mac Burney. — New-York medical Journal, 1888. Annales of surgery, avril 1891.
Chaput. — Revue de clinique et de thérapeutique, octobre 1890.
Clarke et Smith. — The Lancet, 1890.
Feuwick. — The Lancet, 1884 (Perforation de l'appendice vermulaire).
Fitz. — New-York medical Journal, 1888.
Fowler. — Annales of surgery, avril 1891.
Gerster. — New-York medical Journal, 1890.
Krafft. — Revue médicale de la Suisse romande, 1890.
Mariage. — Thèse de Paris, 1891.
Martinez. — Thèse de Paris, 1891.
Maurin. — Thèse de Paris, 1890.
Mc Murtry. — Annales of surgery, avril 1891, p. 226.
Herman Mynter. — Annales of surgery, avril 1891.
Mykulicz. — Wien. med. Woch, 1889.
Reclus. — Revue de chirurgie, 1890. Bulletin de la Société de chirurgie, 1890. Mercredi médical, 1890.
Ricard. — Gazette des hôpitaux, février 1891.
Richelot. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1890.
Routier. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1890.
Roux (de Lausanne). — Congrès de chirurgie français, 1889. Revue médicale de la Suisse romande, 1890.
Sands. — New-York medical Journal, 1888. Semaine médicale, avril 1890. Congrès de la Société allemande de chirurgie. Semaine médicale, mars 1891.

- Stimson.** — New-York médical Journal, 1890. Annales of surgery, avril 1891.
- Tillaux.** — Anatomie topographique.
- Trèves.** — British medical London, 1888. Lancet London, 1889. British medical association Augusta, 1889.
- Tuffier.** — Etude sur le cæcum et ses hernies.
- Tuffier et Hallion.** — Archives générales de médecine, 1890.
- Weir.** — Perityphlitis New-York med. Record., 1890. On the resection of the appendix vermiformis (Annales of surgery, mai 1891).
-

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

